Statistik über 232 Fälle

von placenta praevia.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT VON

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

HERMANN EMIL HOFMEISTER

Arzt
aus Halle a. S.

STRASSBURG
Universitäts-Buchdruckerei von J. H. Ed. Heitz
(Heitz & Mündel)
1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Aubenas.**

Die vorliegende Statistik umfasst 232 Fälle von placenta praevia, die in der Berliner Universitäts-Frauenklinik in dem Zeitraume vom 1. Oktober 1884 bis zum 31. September 1888 zur Behandlung kamen.

48 Fälle (12 centrales, 34 laterales und 2 marginales) kommen davon auf die klinisch- und 184 (55 centrales, 105 laterales und 24 marginales) auf die poliklinisch behandelten Geburten.

Da die Therapie dieser pathologischen Geburten in der Klinik wie in der Poliklinik, insofern als die behandelnden Assistenzärzte in kurz aufeinander folgenden Zeiträumen in beiden Abteilungen der Anstaltt thätig waren, annähernd dieselbe war; da ferner die klinisch wie poliklinisch behandelten Kreissenden vorher von Privat-Hebammen behandelt waren, so habe ich die sonst wohl berechtigte Trennung von klinischen und poliklinischen Fällen zugleich auch in Rücksicht auf die bessere Uebersicht fallen lassen.

Das Alter der betreffenden Mütter fiel zwischen:

20	und	25	Jahre	bei	32	Müttern
25	»	30	»	»	44	»
30	»	35	»	»	58	»
35	»	40	»	»	62	»
40	»	45	»	»	29	»

Nicht aufgezeichnet war es in 7 Fällen. Die jüngste Mutter war 20 (II para), die älteste 44 Jahre alt.

I	parae	waren davon	18
II	p.	» »	34
III	p.	» »	40
IV	p.	» »	19
V	p.	» »	17
VI	p.	» »	22
VII	p.	» »	18
VIII	p.	» »	15
IX	p.	» »	12
X	p.	» »	16
XI	p.	» »	5
XII	p.	» »	6
XIII	p.	» »	7
XIV	p.	» »	1
XV	p.	» »	1
XVI	p.	» »	1

Bei 1 Mutter war die Geburtsanzahl nicht angegeben.

Was die primären Kindslagen betrifft, so waren es:

Schädellagen	149
Querlagen	58
Steisslagen	11
Fusslagen	8
Gesichtslagen	2
nicht bezeichnete (meist Aborte)	9.

Also im Ganzen 237 Früchte, darunter 5 Zwillingspaare.

Recidive von placenta praevia kamen 5 vor, in 4 Fällen zum 1. Male, in einem Falle zum 2. Male.

Insertio velamentosa fand sich bei 8 Fällen, dreimal bei placenta centralis, viermal bei lateralis und einmal

bei marginalis. Von den 9 Kindern wurde 1 lebend geboren.

Zwillingsgeburten waren 5 unter den 232 Fällen. Sie ergaben mit komb. Wendung 6 lebende, nach künstlichem Blasensprung 1 lebendes Kind.

Nach dem Verhältnisse des Sitzes der placenta teilen sich die 232 Fälle in

67 centrales
139 laterales
26 marginales.

Die Diagnose auf centralis oder lateralis ist wohl meist unter Zugrundelegung der Schröder'schen Definition[1]: «Ist die Insertionsstelle des Eies dem Muttermunde so nahe, dass man, wenn der cervix für den Finger bequem durchgängig ist, im inneren Muttermunde überall Placentagewebe und nirgends Eihäute fühlt, so spricht man von einer placenta praevia centralis, während bei der placenta lateralis die placenta nur an einer Seite des Muttermundes zu fühlen ist» gestellt worden. Wenigstens bin ich zu diesem Schlusse durch den Umstand bewogen, dass verschiedene Fälle in den Geburtsgeschichten als centrales aufgeführt sind, bei denen die kombinierte Wendung bei einem für 2 Finger durchgängigen cervix gemacht wurde, ohne dass einer spontan oder von Seiten des Operateurs erfolgten Loslösung von Placentagewebe Erwähnung gethan wird. Ich habe diese als centrales bezeichneten Fälle in der folgenden Zusammenstellung auch als solche aufgeführt, da möglicherweise die Erwähnung der künstlichen oder spontanen Loslösung zufällig unterblieb, und diese Fälle bei einer Uebertragung auf die Gruppe der laterales deren Behandlungsresultaten

[1] Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe, IX. Aufl. S. 702.

zur Last fallen würden. Wo es dagegen auf ganz bestimmt als centrales gekennzeichnete Fälle ankam, habe ich diese unsicheren Fälle in einer besonderen Abteilung zusammengefasst.

A. Placentae praeviae centrales.

Unter 67 als centrales bezeichneten Fällen finden sich 51, die nach den sogleich anzugebenden Gründen annähernd bestimmt als solche in den Geburtsgeschichten gekennzeichnet sind.

Perforiert wurde die placenta 36 Mal. Die kombinierte Wendung wurde in sämmtlichen Fällen ausgeführt.

Bei den bestimmt als centrales gekennzeichneten Fällen fiel der Beginn der ersten Blutungen in den

V.	Monat	1	Mal
VI.	»	1	»
VII.	»	5	»
VIII.	»	10	»
IX.	»	10	»
X.	»	24	»

Bei den zweifelhaften Zentralfällen in den

VII.	Monat	3	Mal
VIII.	»	5	»
IX.	»	2	»
X.	»	6	»

Die Geburten fielen in den Fällen von perforierter Placenta in den

VI.	Monat	1	Mal
VII.	»	4	»
VIII.	»	6	»
IX.	»	7	»
X.	»	17	»

In den Fällen, die bestimmt als centrales gekennzeichnet, in den

VI.	Monat	1	Mal
VII.	»	4	»
VIII.	»	6	»
IX.	»	9	»
X.	»	31	»

Fassen wir nur die bestimmt als centrales bezeichneten Fälle ins Auge, so fielen von 51 Geburten 31 (nahezu 61 %) in den 10. Monat. Ein noch günstigeres Verhältniss würden wir erhalten nach Abzug der mit Wahrscheinlichkeitsgründen für die frühere Unterbrechung der Schwangerschaft darunter angeführten Fälle wie z. B. lues, faultote Frucht, 2 Fälle von Blutungen nach Excessen in Baccho et Venere.

Von 139 placentae praeviae laterales fallen 67 Geburten in den 10. Monat (48 %), und von den 26 marginales 8, also nur 30,7 %.

Wenngleich die Procentzahl der Geburten im 10. Monat bei den Zentralfällen eine bedeutend grössere ist, als bei den Lateral- und Marginal-Fällen, so steht sie doch noch weit hinter der von Lorenz[1] erhaltenen zurück. Er fand nämlich unter 79 als centrales bezeichneten Fällen 50 ausgetragene Kinder (63 %) und unter 42 von diesen 79 centrales als besonders typisch-zentral ausgesuchten Fällen sogar 30 ausgetragene Kinder (71 %); unter 207 laterales dagegen nur 84 ausgetragene Kinder (40 %).

Erklärlich ist vielleicht dieser Unterschied zwischen dem Lorenz'schen und dem Resultate meiner Statistik

---

[1] Lorenz, Ueber die Dauer der Schwangerschaft bei placenta praevia centralis. D. i. Berlin 1885.

aus der Verschiedenheit der Behandlungsmethoden, die an den benutzten Fällen zur Anwendung kamen.

Die Lorenz'sche Statistik umfasst nämlich den Zeitraum von 1874—1885, während die meinige erst im Oktober 1884 beginnt. Während bei der heutigen Behandlungsweise der placenta praevia bei einem für 2 Finger durchgängigen cervix zur kombinierten Wendung geschritten wird, und so eine placenta praevia, die z. B. bei einem 5 Markstück grossen Muttermunde sich als eine lateralis erweisen würde, als eine centralis, weil eben nirgends Eihäute zu erreichen sind, erscheint, musste bei der noch in der ersten Hälfte des von Lorenz benutzten Zeitraumes üblichen abwartenden Methode des Tamponierens eine solche placenta sich als eine lateralis erweisen.

Trotzdem habe ich in meiner Statistik sämmtliche Fälle von perforierter placenta als centrales aufgeführt, da eine Angabe der Entfernung der Perforationsstelle vom Rande der placenta fast nie angegeben war, und immerhin wohl nur die geringere Anzahl dieser Fälle von Perforation bei einem für 2 Finger durchgängigen Muttermunde auf die Gruppe der laterales fallen würde.

Dagegen sind von den als centrales bezeichneten Fällen, bei denen die placenta nicht perforiert wurde, nur diejenigen als solche in die Statistik aufgenommen, wenn sie bei einem 5 Markstück grossen Muttermunde als solche bezeichnet waren.

Dieses Bedenken, alle bei einem für 2 Finger durchgängigen cervix perforierten oder bei einem solchen von der Uteruswand zum Zweck der Perforation der Eihäute und folgender kombinierter Wendung abgelösten Placenten als sichere Zentralfälle anzusehen, dürfte wohl durch folgende anatomische Erwägungen berechtigt sein.

Nach Spiegelberg beträgt die Höhe des unteren Uterinsegmentes des hochschwangeren Uterus kurz vor der Geburt 4 cm, der Durchmesser an seiner oberen Grenze, d. h. die direkte Verbindungslinie zweier gegenüberliegender Punkte 11 cm, die am unteren Uterinsegment durch die Mitte des Muttermundes entlanglaufende Verbindungslinie dieser beiden Punkte 12 cm.

Denken wir uns nun eine placenta von normaler Grösse von 15 Centimeter Durchmesser dem unteren Uterinsegment konzentrisch aufsitzend, so müsste sie dasselbe überall um 1,5 cm überragen. Dies wird, wie Lorenz in seiner Statistik betont, in noch viel höherem Grade bei einer placenta praevia der Fall sein, da ihr Umfang grösser ist und zwar desto grösser, je mehr sich ihr Sitz dem konzentrischen nähert. In einem der von ihm benutzten Fälle erstreckte sich die placenta über die Hälfte, in einem anderen sogar über $^2/_3$ der ganzen Eioberfläche. Er erklärt diesen Umstand aus der geringeren Ueppigkeit des Schleimhaut des unteren Uterinsegmentes. Da diese kein so günstiger Nährboden sei wie die des oberen Uterusteiles, so breite sich der Mutterkuchen bei placenta praevia über eine grössere Fläche aus, um das, was ihm an Dicke abgehe, an Breite zu ersetzen.

Wenn nun auch Niemand einen annähernd mathematisch konzentrischen Sitz mit der Bezeichnung placenta praevia centralis verbinden wird, so müssen wir doch aus den eben ausgeführten Grössenverhältnissen einen sich annähernd über das ganze untere Uterinsegment erstreckenden Sitz von einer solchen fordern. Unter diesen Umständen können auch bei einem für 2 Finger durchgängigen cervix kaum Eihäute zu erreichen sein. Denn die bis zu einem gewissen Grade nachgiebige placenta wird sicherlich der Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes

bis zu der Zeit eines für 2 Finger durchgängigen cervix ohne erhebliche Loslösung folgen, so dass die Entfernung eines Punktes des inneren Muttermundes bis zum Kontraktionsringe oder, wie hier angenommen, sogar bis zum Placentarrande eine grössere ist, als vor Beginn der Geburt.

Es würden also die höchstens 9—10 cm langen Finger mit Mühe nach Loslösung der placenta Eihäute noch zu erreichen, wohl aber nicht mehr dieselben zu durchbohren im Stande sein.

Hiernach ist also für eine placenta prævia centralis ein nahezu vollständiges Bedecken des unteren Uterinsegmentes zu fordern. Ein solcher Sitz hat für den ganzen Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, wie Lorenz in seiner Arbeit nachweist, und wie auch aus der folgenden Statistik hervorgeht, charakteristische Folgen. Er führt nämlich

1. nur in einer geringeren Anzahl der Fälle als bei lateralis zu vorzeitigen Blutungen, und

2. infolgedessen in viel selteneren Fällen zu vorzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft.

Lorenz erklärt diese Thatsachen:

I. durch die erschwerte Dehnung des unteren Uterinsegmentes, denn je mehr eine placenta dieses ausfüllt, eine desto grössere Summe von Kräften, die dieses in einen zylindrischen Kanal umzuwandeln bestrebt sind, wird sie paralysieren.

Nach ihm kommt der Widerstand, den die placenta praevia centralis diesen Dehnungskräften entgegensetzt, hauptsächlich an drei Stellen zur Geltung:

a) an der Gegend der Kreisfasern des inneren Muttermundes, indem sie den an und für sich hier schon bestehenden Widerstand durch die zentrale Insertion verstärkt,

b) in der Gegend der vom corpus uteri herabsteigenden Muskelfasern, insofern diese durch die Insertion der placenta in ihrer Kontraktion gehindert werden,

c) an der unteren Grenze des corpus uteri, also ausserhalb des unteren Uterinsegmentes, da die hier bestehende Randadhäsion (die um so gleichmässiger hier vorhanden ist, je mehr die placenta den obigen Forderungen für eine centralis entspricht) die Dehnung des unteren Uterinsegmentes durch Erschwerung der Zusammenziehung des corpus uteri auf einen kleineren Raum, d. h. nach oben, bis zu einem gewissen Grade verhindert.

II. Beugt die placenta praevia centralis durch ihren elastischen Bau und ihre Nachgiebigkeit bis zu einem gewissen Grade einer Lösung vom unteren Uterinsegmente vor.

III. Ist nach Lorenz bei ihr durch die üppige Schleimhaut- und Gefässentwickelung die Empfindlichkeit und somit auch die starke reflektorische Erregbarkeit der Gegend des inneren Muttermundes gestört, und

IV. Ist durch das vollständige Bedecken des unteren Uterinsegmentes von seiten der placenta das Zustandekommen der sonst so schnell Wehen erregenden Blase verhindert.

Zustand der Mütter vor der Geburt.

Was den Grad der Anämie bei Uebernahme der Geburt betrifft, so waren von den 51 typisch zentralen Fällen 25 Mütter sehr anämisch. 6 von ihnen zeigten den äussersten Grad von Anämie: kaum oder überhaupt nicht fühlbaren Puls, Dyspnoe und Kollaps.

Von den 17 nicht typischen centrales waren 8 sehr anämisch, 2 mit den Symptomen des höchsten Grades.

2 von der ersten Gruppe starben an akuter Anämie, ohne dass während oder nach der Placentaperforation und nach der Geburt ein nennenswerter Blutverlust eingetreten war. Die eine dieser Mütter starb während der Geburt eine halbe Stunde nach der kombinierten Wendung, die andere $1^1/_2$ Stunden nach der Geburt.

Grösse des Muttermundes bez. des cervix zur Zeit der Operation.

Wie oben schon erwähnt ist, wurde in allen Fällen von placenta praevia bei einigermassen beträchtlichen Blutungen sofort zur kombinierten Wendung geschritten.

Perforiert wurde die placenta zu diesem Zwecke bei einem für 1 Finger durchgängigem Muttermunde (und zwar mit der Kornzange) 1, 2 Finger durchgängigem Muttermunde 22, 5 Markstück grossem Muttermunde 7, fast vollständig erweitertem Muttermunde 1, bei nicht angegebener Grösse des Muttermundes 5 mal.

Bei den übrigen typisch zentralen Fällen wurde zur kombinierten Wendung ohne Perforation der placenta geschritten bei einem

a) für 2 Finger durchgängigem cervix 2,

b) 5 Markstück grossem Muttermunde 8,

c) fast vollständig erweitertem Muttermunde 5 mal.

Bei a) war die placenta vorzeitig gelöst.

Zur kombinierten Wendung bei den nicht typischen Zentralfällen wurde geschritten bei einem für 1 Finger durchgängigem cervix 1, 2 Finger durchgängigem cervix 10, 5 Markstück grossem Muttermunde 3, fast vollständig erweitertem Muttermunde 2, bei nicht angegebener Grösse 1 mal.

Zur kombinierten Wendung wurde also in allen 68 Fällen von centralis geschritten. Zur Perforation der placenta 36 mal und zwar mit:

α) sofortiger Extraktion des Kindes 7 mal (3 mal bei einem für 2 Finger durchgängigem cervix, 3 mal bei 5 Markstück grossem und 1 mal bei vollständig erweitertem Muttermunde),

β) Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes 11 mal,

γ) spontaner Verlauf nach der Operation mit künstlicher Entwickelung des Kopfes und der oberen Extremitäten 8 mal,

δ) völlig spontanem Verlauf nach der Operation 10 mal.

Die kombinierte Wendung ohne Perforation der placenta wurde ausgeführt 31 mal, und zwar mit:

α) sofort angeschlossener Extraktion 10 mal (5 mal bei einem für 2 Finger durchgängigem cervix, 2 mal bei einem 5 Markstück grossem und 3 mal bei einem vollständig erweiterten Muttermunde),

β) Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes 5 mal,

γ) spontanem Verlauf nach der Operation mit künstlicher Entwickelung des Kopfes und der oberen Extremitäten 8 mal,

δ) völlig spontanem Verlauf nach der Operation 8 mal.

Prognose der Kinder.

Bei den mit Perforation und kombinierter Wendung behandelten 36 Fällen wurden geboren:

1. Nichtlebensfähige, während der Geburt und vorher gestorbene Kinder 9 (25%),

2. lebensfähige während der Geburt gestorbene Kinder 22 (61%),

3. lebendgeborene Kinder 5 (14%).

Ad 2. 13 im X., 3 im IX., 6 im VIII. Monat, ad 3. 3 im X., 2 im IX. Monat.

Davon kamen:

1. bei sofortiger Extraktion { 3 lebende, 2 intra partum gestorbene,

2. bei Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes { 1 lebendes, 6 während der Geburt gestorbene,

3. bei spontanem Verlauf { 1 lebendes, 14 intra partum gestorbene Kinder.

Bei den mit kombinierter Wendung, ohne Perforation behandelten 32 Fällen wurden geboren:

1. Nichtlebensfähige während der Geburt und vorher gestorbene Kinder 3 (9%),

2. lebensfähige Kinder, die während der Geburt starben 16 (48,5%),

3. lebende Kinder 14 (42,4%); (darunter 1 mal Zwillinge.)

ad 2) 8 im X., 3 im IX, 5 im VIII. Monat,

ad 3) 8 im X., 3 im IX, 1 im VIII. Monat.

Von den letzteren 14 starben in den nächsten 8 Tagen 3, so dass nur 11 definitiv lebende Kinder geboren wurden.

Es kamen von diesen 33 Fällen

1) bei sofortiger Extraktion

5 lebende,

5 während der Geburt gestorbene lebensfähige Kinder,

2) bei Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes

1 lebendes,
3 während der Geburt gestorbene lebensfähige Kinder,

3) bei weiterem spontanen Verlaufe der Geburt nach der Operation

7 lebende,
8 während der Geburt gestorbene lebensfähige Kinder.

Das Gesammtergebnis der ganzen Gruppe beträgt:

1) Nichtlebensfähige während der Geburt und vorher gestorbene Kinder 12,
2) lebensfähige Kinder, die intra partum starben 38,
3) lebende Kinder 18.

Und zwar wurden geboren

1) bei sofortiger Extraktion

8 lebende,
7 während der Geburt gestorbene lebensfähige Kinder,

2) mit Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes

2 lebende,
9 während der Geburt gestorbene lebensfähige Kinder.

3) bei weiterem spontanen Verlauf nach kombinierter Wendung

8 lebende,
22 während der Geburt gestorbene lebensfähige Kinder.

Prognose der Mütter.

I. Blutungen nach der Geburt des Kindes.

Blutungen nach der Geburt des Kindes kamen unter den 67 Zentralfällen 13 vor, und zwar 1 mal bei kontrahiertem Uterus aus der teilweise adhärenten placenta und 12 mal bei erschlafftem Uterus.

Bei den atonischen Blutungen habe ich wieder unterschieden, ob dieselben vor der Placentalösung oder nur danach, oder vor- und nachher stattfanden.

Bei atonischen Nachblutungen vor der Placentalösung sind die Wehen während der Geburt des Kindes je nach ihrer Stärke berücksichtigt, sowie die eventuelle plötzliche Entleerung des uterus von der Frucht.

War in der Geburtsgeschichte die Stärke der Wehen nicht erwähnt, so wurde auf diese aus der Dauer der Geburt nach der ersten Untersuchung geschlossen.

1) Nicht atonische Nachblutungen.

1 Fall XV/175 (1[1]) starke Blutung nach der Geburt des Kindes trotz guter uterus-Kontraktion. Die placenta ist adhärent und wird manuell gelöst. Die Blutung steht erst nach Entfernung eines kleinen Placentarestes.

2) Atonische Nachblutungen.

a) Bei manuell gelöster placenta. Die manuelle Lösung wurde vorgenommen nach vergeblich erwarteter spontaner Lösung und danach vergeblich versuchtem Credéschen Handgriffe.

---

[1] Gruppennummer in der Tabelle der zitierten Zentralfälle.

α) Atonische Nachblutung vor der Placentalösungen: 2,

a) nach guten Wehen intra partum: 2

X/524 (2) } Beide nach spontaner Geburt
XV/101 (3) } nach kombinierter Wendung.

β) Vor und nach der Placentalösung atonische Nachblutungen: 2,

a) nach schlechten Wehen intra partum,

XVII/312 (4) nach sofortiger langsamer Extraktion. Letaler Ausgang,

XVII/846 (5) nach fast spontaner Geburt, $2^1/_2$ Stunde nach der kombinierten Wendung.

b) Atonische Nachblutungen bei exprimierter placenta.

α) Vor der Pacentalösung: 7,

a) nach guten Wehen,

b) nach schlechten Wehen i. p. 3,

XV/702 (6) Extraktion $3^1/_2$ Stunde nach der kombinierten Wendung.

XI/170 (7) 2 Stunden nach der kombinierten Wendung.

LXXI/33 (8) nach $^3/_4$ stündiger langsamer Extraktion.

β) Nach der Placentalösung: 4,

XII/571 (9) placenta nach $^1/_4$ Stunde exprimiert,

XVII/888 (10) placenta nach einigen Minuten exprimiert,

LXXI/110 (11) placenta nach 20 Minuten exprimiert,

LXXII/267 (12).

c) Atonische Nachblutung nach spontan gelöster placenta: 1,

α) nach schlechten Wehen intra partum: 1,
XV/475 (13).

Im Falle XI/121 musste die adhärente Placenta manuell gelöst werden, ohne dass vor oder nach ihrer Lösung eine Blutung eintrat. Sie zeigte endometritische Wucherungen.

Cervixrisse

kamen vor unter den 67 Zentralfällen 6 und zwar:

1) nach Perforation der placenta und kombinierter Wendung 3,

a) 1 bei sofortiger Extraktion,
XVII/106 (14) (letaler Ausgang),

b) 1 bei Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes,
X/405 (15) (letaler Ausgang),

c) 1 bei künstlicher Entwickelung des Kopfes starken Zug und gleichzeitigem Druck auf das Abdomen,
XVII/844 (16) (letaler Ausgang),

2) nach kombinierter Wendung ohne vorausgegangene Perforation der placenta 3:

a) bei sofortiger Extraktion bei fast vollständig erweitertem Muttermunde 2 kleine:
XVI/720 (17),
LXXIV/478 (18),

b) bei Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes 1,
XIV/433 (19) letaler Ausgang.

Befinden der Mütter im Wochenbett.

Die sämmtlichen anämischen Kreissenden mit Ausnahme der 2 in der Geburt an akuter Anämie verstorbenen erholten sich post partum in einigen Tagen.

Von den mit Perforation der placenta und kombinierter Wendung behandelten Müttern wurden 4 im Wochenbett von vorübergehendem Fieber befallen. Nur bei einer Wöchnerin hielt das Fieber («septische Pneumonie») 19 Tage an. Zu dieser Zeit verliess sie, nachdem sich ihr Befinden bedeutend gebessert hatte, gegen den ärztlichen Rat die Anstalt. Sie war vor der Geburt in einem äusserst anämischen Zustande und längere Zeit tamponiert in die Anstalt geschafft worden.

Von den mit kombinierter Wendung ohne Perforation behandelten Zentralfällen zeigten 2 phthisische Fieber, konnten aber zur normalen Zeit (am neunten Tage) entlassen werden. 6 andere Wöchnerinnen hatten ebenfalls ein paar Tage Fieber, wurden aber ebenfalls zur normalen Zeit entlassen. 1 Wöchnerin wurde am 10. Tage von einer Pleuritis befallen, wurde aber von da ab von einem anderen Arzte behandelt.

Mortalität.

Von 67 Zentralfällen starben 8 (12 %)

a) von den mit Perforation der placenta behandelten 6,

2 (LXXI/38 [20] und LXIX/162 [21]) an akuter Anämie, trotzdem sie während und nach der Operation nur noch sehr unbedeutende Blutmengen verloren hatten. Beide wurden in äusserst anämischem Zustande übernommen.

1 infolge von Blutung ex atonia uteri XVII/312,

3 an Cewixrissen X/405(15); XVII/106(14); XVIII/844 (16).

Von den mit kombinierter Wendung ohne Placentaperforation behandelten Fällen starben 2.

1 infolge von atonischer Nachblutung LXXII/267 (12).

1 an Cewixriss XIV/433 (13).

B. Placenta praevia lateralis.

Laterales sind unter den 232 Fällen 139.

Der Beginn der ersten Blutungen fällt in den

III.	Monat bei	1,
IV.	« «	—,
V.	« «	7,
VI.	« «	6,
VII.	« «	12,
VIII.	« «	32,
IX.	« «	38,
X.	« «	41 Fällen.

Bei 1 Falle war nichts von Blutungen erwähnt, bei einem anderen waren Blutungen während der ganzen Schwangerschaft dagewesen. Die Geburt fiel in den 9. Monat. Es lag eine placenta succenturiata vor.

Die Geburten fallen auf den

V.	Monat in	4,
VI.	« «	6,
VII.	« «	7,
VIII.	« «	22,
IX.	« «	31,
X.	« «	68 Fällen (48 %).

In einem Falle (Anencephalus) war die Zeit der letzten Menstruation unbekannt und das Alter der Frucht aus der Längenangabe nicht zu berechnen. Von den sämmtlichen Fällen waren in den Geburtsgeschichten 14 als fast zentral beschrieben. Die Zeit der Geburt fiel bei ihnen in den

VI.	Monat in	1,
VIII.	« «	1,
IX.	« «	3,
X.	« «	9 Fällen.

Die Insection der placenta war auf der rechten Seite 33 mal, auf der linken 39, mehr hinten 12, mehr vorn 6, nicht erwähnt 49 mal.

47 Kreissende wurden in einem sehr anämischen, 12 in einem äusserst anämischen Zustande (Dyspnoe, Collaps u. s. w.) übernommen.

Zweimal wurden vor der Geburt Schüttelfröste nach voraufgegangener von anderer Seite ausgeführter Tamponade mit nachfolgendem septischen Wochenbettfieber beobachtet, 1 mal nephritis mit vorzeitiger Placentalösung.

Behandlungsweise.

Bei 139 Lateralfällen wurde 127 mal (darunter 3 Zwillingspaare) die kombinierte Wendung (darunter 9 mal bei Steiss- und Fusslagen der Fuss herunter geholt) gemacht.

Einige Male war die Blase künstlich gesprengt und nur wegen Nabelschnurvorfalles zur kombinierten Wendung geschritten, in 2 anderen Fällen wegen zu grosser Blutung nach künstlichem, in 9 anderen Fällen wegen zu grosser Blutungen nach spontanem Blasensprunge.

Es wurde zur kombinierten Wendung geschritten bei einem für 1 Finger durchgängigen cervix 2,

einem für 2 Finger durchgängigen cervix 74,
einem 5 Markstück grossen Muttermunde 32,
fast vollständig erweitertem 9,
vollständig erweitertem 7 mal.

2 mal wurde mit 1 Finger, 1 mal mit 3, 2 mal mit der ganzen Hand und sonst mit 2 Fingern kombiniert gewendet.

Der kombinierten Wendung folgte in 127 Fällen

a) sofortige langsame Extraktion 27 mal, 10 mal bei fast vollständig erweitertem, 6 mal bei einem für 3 Finger, 11 mal bei einem für 2 Finger durchgängigen Muttermunde.

b) langsame Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes 38 mal.

c) fast spontane Geburt mit künstlicher Entwickelung des Kopfes und der obern Extremitäten 32 mal.

d) völlig spontane Geburt 30 mal.

Die Blutung stand fast immer sofort, nachdem der Fuss heruntergeholt war; in wenig Fällen musste der Fuss längere Zeit angezogen gehalten werden.

Die Wehen wurden nach der kombinierten Wendung meist kräftiger, sodass auch bei spontanem Verlaufe die Geburten schnell zu Ende gingen.

Künstlicher Blasensprung

führte in 4 Fällen (Schädellagen) nach $2^1/_4$, 3 und 12 Stunden zur spontanen Geburt.

Im 4ten Falle war die Geburtsdauer nicht angegeben.

Völlig spontaner Verlauf

wurde bei 12 Geburten beobachtet: 8 Schädel-, 3 Fuss- und 1 Steisslage. In einem Falle sprang die Blase

$^1/_2$ Stunde, in einem 10 Minuten vor der Geburt und in einem 5 Tage vorher.

Prognose der Kinder.

1. Bei kombinierter Wendung wurden von 127 Kindern:

a) nicht lebensfähige während der Geburt gestorbene und vorher tote 25,

b) lebensfähige in der Geburt gestorbene 59 ($^{47}\,^0/_0$),
14 im VIII., 13 im IX., 32 im X. Monat,

c) lebend geboren 43 ($^{34}\,^0/_0$),
1 im VIII., 4 im VIII., 13 im IX., 25 im X. Monat.

Von den lebendgebornen starben in 8 Tagen 10 (1 im VII., 2 im VIII., 5 im IX. und 2 im X. Monate). Danach waren definitiv lebend 33 ($^{26}\,^0/_0$) und definitiv tote 94 ($^{74}\,^0/_0$).

Bei sofortiger langsamer Extraktion wurden geboren
12 lebende,
5 lebensfähige während der Geburt abgestorbene.

Bei Extraktion nach abgewarteter Erweiterung des Muttermundes
13 lebende,
21 lebensfähige intra partum gestorbene.

Nach spontanem Verlaufe nach kombinierter Wendung
18 lebende,
33 lebensfähige intra partum gestorbene Kinder.

2. Nach künstlichem Blasensprunge und darauf folgender spontaner Geburt
4 lebende Kinder.

3. Nach vollständig spontaner Geburt wurden geboren:

a) Nichtlebensfähige intra partum und ante partum gestorbene Kinder 5,

b) intra partum gestorbene lebensfähige Kinder 2,

c) lebende 4.

Von diesen starben innerhalb 8 Tagen 2. Also definitiv lebend 2.

Prognose der Mütter.

Nachblutungen.

Bei den 139 Lateralfällen kamen 23 Nachblutungen vor.

1. Blutungen, die nicht atonisch waren, gab es 2. Die Placentten waren adhärent und mussten manuell gelöst werden. Der uterus war während der Blutungen hontrahiert

XV/738 (1), LXXI/24 (2).

2. Atonische Nachblutungen.

I. Bei manuell zu lösender placenta 5 mal.

a) Blutung vor der Lösung 2,

α) nach schlechten Wehen intra partum XV/137 (3),

β) nach kräftigen Wehen i. p. LXXIII/77 (4) Atonie bei teilweise adhärenter placenta und nach tympania uteri intra partum.

b) Blutung nach der Placentalösung 1,

α) nach schlechten Wehen i. p. XVII/829 (5). Die Blutung tritt ein, nachdem die placenta ohne Indikationsangabe manuell gelöst nach 5 Minuten post partum.

c) Blutung vor und nach der Placentalösung 2,

α) nach guten Wehen i. p.

X/212 (6),

XVII/904 (7) nach langsamer Extraktion, die mit Expression unterstützt. Letaler Ausgang.

II. Bei exprimierter placenta 14.

a) Blutung vor der Expression 1 mal,

α) Wehen i. p. gut

X/98 (8) nach sofortiger Extraktion.

b) Blutung nach der Expression 12 mal,

α) nach guten Wehen i. p. 7 mal,

X/40 (9) placenta nach 50 Minuten exprimiert,
X/73 (10) » » 20 » »
X/560 (11) » » $^1/_2$ » »
XI/143 (12) » sofort exprimirt,
XI/547 (13) » nach 10 Minuten exprimiert,
XIV/234 (14) » » 15 » »

β) nach schlechten Wehen i. p. 6 mal.

XV/434 (15) placenta nach 15 Minuten exprimiert,
XV/576 (16) » » 15 » »
XVII/637 (17) » » 15 » »
XVII/935 (18) » » 30 » »
LXX/100 (19) » sofort exprimiert,
LXXIII/2 (20) » nach 45 Minuten exprimiert.

c) Blutung vor und nach der Expression der placenta 1 mal.

α) nach schlechten Wehen i. p.

X/593 (21) nach Extraktion bei abgewarteter Erweiterung des Muttermundes.

III. Nach spontaner Placentalösung.

a) nach schlechten Wehen i. p.
XVII/144 ([22]) nach sofortiger langsamer Extraktion.

β) nach guten Wehen i. p. 1 mal,
LXVI/35 ([23]) nach spontaner Geburt, nach kombinierter Wendung.

Cervixrisse.

Sie kamen vor nur nach mit kombinierter Wendung behandelten Fällen.

1. Bei Extraktion nach abgewarteter vollständiger Erweiterung des Muttermundes 3 grosse cervixrisse,
XI/66 ([24]).
XVII/835 ([25]),
LXXIII/148 ([26]).
2 wurden genäht und 1 mit voller Faust umfasst und zugleicher Zeit von aussen komprimiert. Auf einen folgten am 3ten Tage peritoneale und am 7ten Tage Erscheinungen einer Pneumonie. Die Wöchnerin wird nach 8 Wochen mit fixiertem utorus gesund entlassen.
Ein kleiner Cervixriss XV/101 ([27]).

2. Bei künstlicher Entwickelung des Kopfes 4 mal.
3 grössere XI/266 ([28])
LXIX/227 ([29])
LXXII/66 ([30]).
Alle 3 heilten und brachten keine Gefahr.
1 kleiner Cervixriss LXXII/55 ([31]).

3) bei spontanem Verlaufe nach kombinierter Wendung 1 cervixriss und zwar ein kleiner LXXII/13 ([32]).

Wochenbett.

Fieber, die mit vorübergehender Schmerzhaftigkeit in den Parametrien in 10—14 Tagen abgelaufen waren, kamen 12 vor. Es waren meist leichte Parametritiden. 3mal waren Schüttelfröste und übelriechender Ausfluss vor der Geburt vorhanden gewesen. Wol alle diese Fälle waren vor der Uebernahme von anderer Seite tamponirt.

Von 4 Wöchnerinnen, die von einer stärkeren Parametritis befallen waren, liessen sich nur 2 aufnehmen. Die eine wurde nach 3 Wochen entlassen, die andere, die zugleich von endometritis putrida befallen war, nach 4 Wochen. 1 anderer Fall von endometritis putrida wurde ebenfalls nach 4 Wochen entlassen.

1 Fall von Cervixriss musste aus der Poliklinik in die Klinik überführt werden. Dort wurde der Riss genäht. Am 3. Tage zeigten sich peritonitische Erscheinungen, am 4. pleuritische, worauf sich schliesslich eine Pneumonie entwickelte. Die Patientin wurde nach 8 Wochen mit rechts fixiertem uterus geheilt entlassen.

Eine Wöchnerin (XI/489 [33]), die 4 Tage vor der Uebernahme von einem praktischen Arzte und einer Hebamme öfters tamponirt war, zeigte 4 Stunden post partum 40° und 150 Pulse. Sie wurde am nächsten Tage von einer septischen Peritonitis befallen, die am 4. Tage zum Tode führte.

Mortalität.

Von den 124 mit kombinierter Wendung behandelten Müttern starben 4 (3,2 %) und zwar:

2 an atonischen Nachblutungen.

XVII/637 ([17]) Die Wehen waren schwach; nach der kombinierten Wendung wurde wegen Nabelschnurvorfall

sofortige langsame (in 20 Minuten) Extraktion vorgenommen. Das Kind starb dabei. Die placenta wurde nach $^1/_4$ Stunde nach spontaner Lösung exprimiert. Danach letale atonische Blutung.

XVIII/904 ([7]) Atonie nach langsamer Extraktion.

1 an septischer Peritonitis XI/489 ([33]).

1 an akuter Anämie. $2\,^1/_2$ Stunden post partum erfolgte der Tod wahrscheinlich durch Hirnanämie infolge des zu plötzlich gesunkenen intraabdominellen Druckes. Die Geburt ergab Zwillinge von 50 und 48 cm Länge. Das erste Kind wurde $^3/_4$ Stunden nach der kombinierten Wendung spontan geboren, das 2. $^1/_2$ Stunde nach dem ersten, XII/617 ([34]).

C. Placenta praevia marginalis.

Placentae praeviae marginales waren unter den 232 Fällen 26. Es wurden die Fälle als marginales angenommen, wo die placenta bis zum Muttermundsrande reichte, denselben aber nicht überragte.

Placenten mit tiefem Sitz, die also den Muttermundsrand nicht erreichten, sind nicht mit in die Statistik aufgenommen.

Der Beginn der ersten Blutungen fällt in den

V.	Monat	1,
VI.	«	2,
VII.	«	3,
VIII.	«	4,
IX.	«	8,
X.	«	8 mal.

Die Zeit der Geburten fällt auf den

V.	Monat	1,
VI.	«	2,
VII.	«	1,
VIII.	«	5,
IX.	«	9,
X.	«	8 mal.

Der Grad der Anämie war in 14 Fällen ein beträchtlicher, ohne jedoch irgend welche besorgniserregenden Erscheinungen zu bieten.

Sonstige Krankheitserscheinungen der Kreissenden waren nur:

1 mal nephritis mit vorzeitiger Placentalösung.
1 mal Dyspnoe durch Hydramnion bedingt.

Behandlungsweise.

Es wurde kombiniert gewendet 18 mal (1 mal davon bei Fusslage der Fuss herunter geholt).

Künstlicher Blasensprung mit darauffolgendem spontanem Geburtsverlauf erfolgte 4 mal.

Völlig spontan verlief die Geburt 4 mal.

Die kombinierte Wendung wurde 18 mal gemacht und zwar bei

einem für 1 Finger durchgängigen cervix 2,
einem für 2 Finger durchgängigen cervix 3,
einem 5 Markstück grossen Muttermunde 4,
einem handtellergrossen Muttermunde 5 mal.

Die kombinierte Wendung folgte in 2 Fällen dem künstlichen Blasensprung, da dieser die Blutung nicht zum Aufhören gebracht hatte.

2 mal wurde zur kombinierten Wendung geschritten bei Nabelschnurvorfall, der das eine mal auf Blasensprung beim Versuch der äusseren Wendung eintrat, das andere mal beim Sprengen der Blase wegen Blutung. Beide Kinder starben intra partum.

Den kombinierten Wendungen folgte:
sofortige langsame Extraktion 5 mal,
Extraktion nach abgewarteter vollständiger Erweiterung des Muttermundes 3 mal,
spontaner Verlauf mit künstlicher Entwicklung des Kopfes und der Arme 4 mal,
völlig spontaner Geburtsverlauf 6 mal.

Künstlicher Blasensprung mit weiterem spontanen Geburtsverlauf führte in 4 Fällen bei guten Wehen zur baldigen Geburt.

Völlig spontane Geburt wurde in drei Fällen beobachtet.

Prognose der Kinder.

Bei den mit kombinierter Wendung behandelten 18 Fällen von marginales wurden geboren:

1. Nicht lebensfähige intra partum gestorbene und vorher tote Kinder 5,

2. lebensfähige intra partum gestorbene Kinder 9 (50%), (3 im X., 4 im IX., 2 im VIII. Monat),

3. lebende Kinder 4 (2 im X., 1 im IX. und 1 im VIII. Monat).

Von den lebenden stirbt nach einigen Tagen 1 Kind, also definitiv lebende Kinder 17%.

Bei Extraktion nach abgewarteter vollständiger Erweiterung des Muttermundes wurden geboren:

1 lebendes,

2 während der Geburt gestorbene lebensfähige Kinder.

Bei sofortiger langsamer Extraktion 1 lebendes Kind.

Bei weiterem spontanen Geburtsverlauf und künstlicher Entwickelung des Kopfes und der Arme:

1 lebendes,

3 intra partum gestorbene lebensfähige Kinder.

Bei weiterem völlig spontanen Geburtsverlauf:

1 lebendes,

4 intra partum gestorbene lebensfähige Kinder.

Nach künstlichem Blasensprunge und spontanem weiteren Geburtsverlauf:

3 lebende,

1 vorher abgestorbenes Kind.

Nach völlig spontaner Geburt:

2 lebende,

3 vorher abgestorbene Kinder (darunter Zwillinge).

Das Gesamtergebnis der Marginalfälle weist also auf:

1. Ante partum tote oder nicht lebensfähige Kinder intra partum gestorbene 9,
2. lebensfähige intra partum gestorbene 9,
3. lebendgeborene Kinder 9 ($33^1/_3$ %),
4. definitiv lebende Kinder 8.

Prognose der Mütter.

Blutungen nach der Geburt des Kindes.

Unter den 26 Marginalfällen kamen 4 atonische Nachblutungen vor:

1. Bei manuell gelöster placenta:

a) Blutung vor und nach der Placentalösung.
XI/147 (1) nach spontaner Geburt und mässig starken Wehen.

2. Bei exprimierter placenta:

a) nach der Expression der placenta.

α) nach schlechten Wehen intra partum.
XIII/332 (2) Placenta nach $^1/_4$ Stunde exprimiert.
XVII/828 (3) Placenta nach 10 Minuten exprimiert.

3. Bei spontan gelöster placenta:

a) nach der Lösung.
XIV/84 (4) nach guten Wehen intra partum.

Cervixrisse

wurden 2 beobachtet und zwar in Fällen, die mit kombinierter Wendung behandelt waren:

1. Fall bei sofortiger langsamer Extraktion. Kleiner Riss XVI/215 (5).

1 grösserer Riss, der mit 3 Nähten geheilt wurde. Er war bei der Entwickelung des Kopfes entstanden. LXVII/10 (6).

Wochenbett.

Ausser den beiden Wöchnerinnen mit Cervixriss, die nur geringes Fieber in den folgenden Tagen zeigten, erkrankte eine Wöchnerin an Parametritis, deren Geburt völlig spontan verlaufen war. Sie wurde am 19. Tage entlassen.

Mortalität.

Letaler Ausgang war unter den Marginalfällen nicht zu beklagen.

D. Gesammtergebnis.

Betrachten wir das Gesamtergebnis bezüglich der

Prognose der Kinder,

so wurden geboren:

51 nichtlebensfähige intra partum gestorbene und vorher tote Kinder,

108 lebensfähige intra partum gestorbene Kinder und 78 lebende.

Ziehen wir die 51 nichtlebensfähigen intra partum gestorbenen und vor der Geburt toten Kinder von der Gesamtzahl 237 ab, so wurden geboren von 186:

108 lebensfähige intra partum gestorbene Kinder (58 %), und 78 lebende (42 %).

Bei den mit kombinierter Wendung behandelten 171 Fällen starben 106 lebensfähige Kinder intra partum (62 %), und es wurden lebende geboren 65 (38 %).

Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass, nur in den allerwenigsten Fällen auf das Leben des Kindes Rücksicht genommen wurde, und dass sofort zur kombinierten Wendung geschritten wurde, auch wenn die Blutung nur eine mässige war.

Die Vorzüge dieser Behandlungsweise der placenta praevia bezüglich der Prognose für die Mutter, wie sie

Hofmeier[1] empfiehlt, sind seitdem durch so zahlreiche statistische Abhandlungen erwiesen und gewürdigt, dass ich wol kaum dieselben nochmals zu erörtern habe. Ich gehe daher sofort über zu der

Prognose für die Mütter.

Mortalität.

Es starben von 232 Müttern 12 (5,17 %) und zwar:

3 an akuter Anämie XVII/637, LXIX/162, LXXI/38,
4 an Cervixrissen X/405, XIV/433, XVII/106, XVII/844,
4 an Atonie XVII/312, XVII/904, XVII/637, LXXIII/2,
1 an septischer Peritonitis XI/484.

Cervixrisse.

Cervixrisse entstanden bei sofortiger langsamer Extraktion 2,

bei Extraktion nach abgewarteter vollständiger Erweiterung des Muttermundes 8,

bei der Entwickelung des Kopfes und der Arme 6,

bei völlig spontanem Verlaufe der Geburt nach kombinierter Wendung 1.

Also im Ganzen 17 Cervixrisse. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass 213 mal die kombinierte Wendung gemacht wurde und zwar mit daran anschliessender sofortiger langsamer Extraktion 32 mal,

Extraktion nach abgewarteter vollständiger Erweiterung des Muttermundes 73 mal,

---

[1] Hofmeier, Z. f. G. u. G. VIII, pag. 89.

Entwickelung des Kopfes und der Arme 52 mal, mit völlig spontanem Verlaufe der Geburt 56 mal.

Zur Beurteilung der Grössenverhältnisse der Kinder sei hier nochmals die Zeit der Geburten erwähnt. Dieselben fielen auf den

V.	Monat	5 mal
VI.	»	9 »
VII.	»	15 »
VIII.	»	40 »
IX.	»	50 »
X.	»	113 »

Nachblutungen.

Was die Nachblutungen betrifft, so waren im Ganzen 40:

3 nicht atonische,
37 atonische.

Die 3 nicht atonischen traten auf bei kontrahiertem uterus und teilweise adhärenter placenta.

Crede war erfolglos gewesen, und so musste die Nachgeburt manuell gelöst werden. Es waren dabei nur an einigen Stellen Verwachsungen zu lösen, und es ist daher wohl zweifellos, dass die Umgebung derselben sich infolgedessen nicht genügend hatte kontrahieren können.

Ausser diesen 3 Fällen war noch eine adhärente placenta manuell su lösen. Hier war weder vor noch nach ihrer Entfernung Blutung vorhanden.

Atonische Nachblutungen.

Die 37 atonischen Nachblutungen kamen vor bei

1. manuell gelöster placenta 10 mal.

In den Fällen, wo vor der Placenta-Lösung Blutung vorhanden war, war in

5 Fällen spontane Geburt, in
4 Fällen Extraktion

voraus gegangen.

2. Bei exprimierter placenta 24 mal.

Die Blutung trat in 19 Fällen erst nach der Placentaexpression ein.

3. bei spontan gelöster placenta 3 mal.

Unter den Fällen von manuell gelöster placenta sind auch einige als teilweise adhärent angegeben. In allen Fällen ist aber bemerkt, dass die Blutung bei schlaffem uterus erfolgte.

Unter sämmtlichen Fällen von atonischer Nachblutung fanden vor der Placentalösung 14 statt. Davon traten

5 nach spontaner Geburt ein, und zwar waren in 3 Fällen davon die Wehen intra partum gut gewesen.

9 nach Extraktion, und zwar waren in 3 Fällen die Wehen intra partum gut gewesen.

Aus dieser kleinen Zahl ist wol kaum ein sicherer Schluss zu ziehen, dass die plötzliche Entleerung des uterus durch die Extraktion die atonische Blutung veranlasst habe.

Dagegen machen die 19 atonischen Blutungen, die erst nach Expression der placenta eintraten, die Annahme sehr wahrscheinlich, dass die zu früh, meist innerhalb $^1/_4$ Stunde erfolgte Expression im Zusammenhang stand mit der darauffolgenden atonischen Nachblutung.

Während man früher der Ansicht war, dass die Nachblutung aus der Placentastelle bei placenta praevia durch die Thrombose und durch elastische Zusammen-

ziehung des unteren Uterinsegmentes verhindert würde, ist heute wohl nicht mehr daran zu zweifeln, dass sie, wie Hofmeier zuerst betonte, durch Kontraktion der Uterusmuskulatur des corpus uteri zum Stillstand gebracht wird, da die das untere Uterinsegment versorgenden Aeste der arteria uterina, ehe sie in dasselbe eintreten, eine Strecke weit in dem unteren Teile des corpus uteri verlaufen, während die zum cervix gehenden Aeste der uterina nicht in dasselbe eintreten.

Somit sind diese 19 atonischen Blutungen nach Placentaexpression wohl ziemlich sicher als durch Wiedererschlaffung des zu früh[1] nach Ausstossung des Kindes durch äussere Reize zur Kontraktion gebrachten uterus bedingte anzusehen.

Die Therapie der atonischen Nachblutungen bestand in erster Linie in Aufhebung der Blutung durch Entfernung eventuell noch im uterus vorhandener Placentareste, Reiben des fundus, heissen Uterusausspülungen von 40° R, gleichzeitiger Anwendung von secale und Ergotininjectionen, und darauffolgender stundenlanger Ueberwachung des uterus. In zweiter Linie in der Therapie der Folgen des Blutverlustes durch Horizontallagerung, Autotransfusion, warme Einläufe von Wein oder Kaffee ins rectum, Kochsalztransfusisn und besonders in Kampfer- und Aetherinjektionen.

Nur in 4 Fällen waren sämtliche Mittel ohne Erfolg und dieselben endeten mit tötlichem Ausgange.

Uebersehen wir nochmals kurz das Resultat der Statistik, so ergibt diese bezüglich der Prognose der Mütter wie der Kinder eine Bestätigung der von Hof-

[1] Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe. IX. Aufl pag. 713.

meier[1], Behm[2], Lomer[3] u. A. gemachten Veröffentlichungen.

Bezüglich des seltneren Vorkommens von vorzeitigen Blutungen in der Schwangerschaft, sowie des seltneren vorzeitigen Eintrittes der Geburt bei placenta praevia centralis im Vergleich zur lateralis werden ebenfalls die oben erwähnten von Lorenz gefundenen Resultate bestätigt, insofern als unter 51 als sicher gekennzeichneten Zentralfällen die erste Blutung 24, die Geburt 31 mal auf den 10. Monat fiel, während bei 137 Lateral- und 26 Marginalfällen die erste Blutung nur 41 und 8 mal, in 138 Lateral- und 26 Marginalfällen die Geburt 68 und 8 mal im 10. Monat eintrat.

Zum Schluss sei es mir noch gestattet, Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Olshausen sowie Herrn Sekundärarzt Privatdozent Dr. Winter für die Erteilung des Themas und die gütige Ueberlassung und Anweisung des Materials und der Litteratur meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

---

[1] Hofmeier, Z. f. G. u. G. VIII, pag. 89.

[2] Behm, Z. f. G. u. G. IX, pag. 373.

[3] Lomer, Amer. Journ. of obstetr. 1884, p. 1233.

Tabellen

der in der Arbeit zitierten Fälle.

Zitierte

Gruppen-nummer.	Journal-nummer und Name.	Alter, Geburts-anzahl.	Letzte Regel Zeit d. Geburt Kindeslage.	Anamnese und Geburtsverlauf.
1	XV/175 Weder	36 Jahr. IV p.	L Menstr. Ende Okt. 13. V. Geb. 2. Querlage.	Die dritte Geburt war durch plac praev. centr. kompliciert, dieselbe wurde perforiert und musste später manuell gelöst werden. — Seit 4 Wochen Blutungen, die seit 18 Stunden sehr stark geworden sind. Kreissende ist matt und anämisch Bei einem für zwei Finger durchgängigem Muttermunde wird die Placenta perforiert und dann kombiniert gewendet. Hierauf steht die Blutung. Die Wehen werden jetzt kräftig und in 1 Stunde erfolgt spontan die Geburt eines toten Kindes.
2	X/524 Lehmann	38 Jahr, II p.	L. Menstr. Ende Juli 13. II. Geb. 2. Schädel-lage.	Seit 24 Stunden starke Blutung mit Pausen. Die Kreissende ist schwach. Perforation der Placenta bei einem für zwei Finger durchgängigen cervix. Danach kombinierte Wendung ohne grösseren Blutverlust. Blutung steht jetzt. Naeh $^5/_4$ Stunden Geburt fast spontan.
3	XV/101 Steffen	29 Jahr, IV p.	L. Menstr. 6. Juli 24. IV. Geb. 2. Schädel-lage.	In den letzten 2 Monaten 4 Blutungen. Die Kreissende wird mit blutenden Tempons übernommen und ist sehr anämisch. Perforation der Placenta bei einem für zwei Finger durchgängigen cervix. Nach der komb. Wendung werden die Wehen kräftiger. Nach $2^1/_2$ Stunden sind die Schultern spontan geboboren, jetzt Veit-Smellie.
4	XVII/312 Graumann	35 Jahr, IV p.	L. Menstr. 1. Okt. 14. VI. Geb. 1. Schräg-lage.	Kurz vor der Uebernahme starke Blutung. Puls klein und frequent. Dyspnoe. Perforation der placenta bei zwei Finger grossem Cervix und sofortige langsame Extraktion. Armlösung und Veit-Smellie. Keine Wehen.
5	XVII/846 Läritz	? Jahr, II p.	L. Menstr. März 7. IX. Geb. 2. Schädel-lage.	Hochgradige Phthise. Seit 20 Stunden starke Blutung. Kombinierte Wendung mit 1 Finger. Wehen schlecht. Sie werden durch heisse Umschläge etwas angeregt. Nach $2^1/_2$ Stunden Geburt des Kindes.

Zentralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Bericht über die Kinder.
Nach der Geburt des Kindes ist der Uterus gut kontrahiert Trotzdem starke Blutung. Da Crede erfolglos, so manuelle Placentalösung. Die Blutung steht erst nach Entfernung zweier kleiner Placentareste Danach Analeptika, Tieflagerung des Kopfes und Hochlagerung der Beine, secale und Ergotin. Vom zweiten Tage über 38° C. Am siebenten Schüttelfrost und 40° C. Am 28. V. Aufnahme in die Anstalt und sechs Tage später Entlassung in gesundem Zustande.	Die Herztöne waren im Beginn der Geburt gut. Kind tot geboren (8. Monat).
Der uterus kontrahiert sich schlecht, die placenta löst sich nicht. auch nicht auf Crede. Daher manuelle Lösung nach $^3/_4$ Stunden. Hierauf kontrahiert sich der uterus gut. Befinden gut.	Kind schon vor der Placentaperforation tot. Länge 36 cm.
Nach 1 Stunde manuelle Placentalösung. da atonische Nachblutung. Befinden gut.	Das Kind stirbt kurz nach der Wendung.
Nach $^1/_2$ Stunde wird die nur teilweise gelöste plac. manuell gelöst und dann noch losgerissene Eihautteile entfernt. Blutung steht jetzt. Der uterus kontrahiert sich schlecht. Nach $^1/_2$ Stunde wieder Blutung. Alle angewandten Mittel bringen den uterus nur zeitweise zur Kontraktion. Excitantien ohne Erfolg. Die Athmung wird schwächer, der Puls setzt allmählich aus und nach 2 Stunden exitus letalis.	Das Kind ist nur wenig asphyktisch. Länge: 50 cm.
Geringe Blutung. Crede ohne Erfolg, daher manuelle Lösung. Danach von neuem Blutung, die erst auf secale und Heisswasserirrigation steht.	Kind stirbt intra partum. Länge: 32 cm.

Zitierte

Gruppen-nummer.	Journal-nummer und Name.	Alter, Geburts-anzahl.	Letzte Regel Zeit d. Geburt Kindeslage.	Anamnese und Geburtsverlauf
6	XV/702 Grassnick	35 Jahr, VIII p.	L. Menstr. 3. Januar 14. IX. Geb. Schädellage.	Anämische Kreissende. Placentaperforation bei einem für zwei Finger durchgängigen Cervix. Nach der komb. Wendung steht die Blutung. Wehen schlecht. Heisse Umschläge. Nach 3 1/2 Stunden Extraktion bei vollständig erweitertem Muttermunde.
7	XI/170 Dörr	24 Jahr, 1 p.	L. Menstr. 10. Nov. 7. V. Geb. 1. Querlage.	Geringe Blutung seit 8 Tagen. Perforation der Placenta bei zwei Finger breitem cervix. Nach 2 Stunden Extraktion.
8	LXXI/33 Bittrich	36 Jahr, III p.	L. Menstr. 30. Juni 18. X. Geb. 2. abgewich. Steisslage.	Vor 14 Tagen, vor 4 Tagen und vor 12 Stunden Blutung. Die sehr anämische Kreissende verlor das Fruchtwasser vor 6 Stunden. 3/4 Stunde vor der Geburt des Kindes kombinierte Wendung bei Fünfmarkstück grossem Muttermunde. Die Geburt erfolgt bis zu den Schultern spontan.
9	XII/571 —	24 Jahr, III p.	L. Menstr. Anfang Juni 4. III. Geb. 1. Schädel-lage.	Im 5. Monat Blutung. Jetzt seit 9 Stunden. Perforation der Placenta und komb. Wendung.
10	XVII/888 Schulz	28 Jahr, IV p.	L. Menstr. 27. Nov. 12. IX. Geb. 1. Schädel-lage.	Seit 3 Tagen Blutungen. Perforation der placenta bei Fünfmarkstück grossem Muttermunde. Nach der komb. Wendung sind die Wehen kräftig. Der Fuss wird angezogen gehalten, trotzdem Blutung. Nach 1 1/4 Stunde Extraktion unter gleichzeitigem Druck auf den fundus uteri.
11	LXXI/110 Lutter	33 Jahr, III p.	L. Menstr. Ende Nov. 3. VIII. Geb. 2. Querlage.	Vor 4 Wochen geringe Blutung. Vor 2 Tagen wieder. Vor 6 Stunden heftige Blutung und nahme in die Anstalt. Bei 2 Finger weitem cervix wird die placenta losgelöst. Schwere Extraktion des Kopfes.

Zentralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Bericht über die Kinder.
Atonische Blutung. Daher heisse Irrigation. Nach 1/4 Stunde kommt die placenta auf Druck.	Herztöne verschwinden, 1/2 Stunde nach der Wendung. Kind totgeboren.
Geringe Blutung. Diese steht, nachdem 1/4 Stunde nach der Geburt des Kindes die Placenta exprimiert wurde. Der uterus ist von jetzt an gut kontrahiert.	Kind vorher tot.
Geringe Blutung. Die Placenta kommt nach 25 Minuten auf leichten Druck. Uterus etwas schlaff. Am zweiten Tage Schüttelfrost (40° C.). Pneumonie. Am 19ten Tage entfernt sich Patientin gegen den ärztlichen Rat aus der Anstalt	Kind stirbt intra partum. Länge: 51 cm.
Crede nach 4 Stunden. Danach atonische Blutung. Diese steht nach 2 gr. secale. Reiben des uterus und heissen Irrigationen.	Kind stirbt intra partum. Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg. Länge: 52 cm.
Die zum Teil gelöste placenta wird nach einigen Minuten exprimiert. Danach geringe Atomie. Danach 2 Ergotininjektionen und secale.	Kind tot. Länge: 54 cm.
Placenta folgt auf leichten Druck. Danach leichte Atomie. Blutung steht auf heisse Irrigation und 2 Ergotininjektionen.	Kind stirbt 1 Stunde vor seiner Geburt.

Zitierte

Gruppennummer.	Journalnummer und Name.	Alter. Geburtsanzahl.	Letzte Regel Zeit d. Geburt Kindeslage.	Anamnese und Geburtsverlauf.
12	LXXII/267 Sommer	35 Jahr, X p.	L. Menstr. Ende April 28. I. Geb. 2. Querlage.	Kreissende ist tamponiert und kollabiert. Kombinierte Wendung, und dann spontaner Verlauf. Während der Geburt geringe Blutung.
13	XV/475 Haussmann	24 Jahr, II p.	L. Menstr. Dezember. 29. VII. Geb. 1. Querlage.	2½ Stunde vor der Uebernahme starke Blutung. Starke Anämie. Zeitweise Ohnmachten. Perforation der Placenta und kombinierte Wendung bei fünfmarkstückgrossem Muttermunde. Anziehen des Fusses bis Wehen kommen.
14	XVII/106 Morow	39 Jahr, XI p.	L. Menstr. Ende Okt. 15. V. Geb. 1. Querlage.	Seit 14 Tagen stärkere Blutungen, seit 12 Stunden eine sehr starke. Kreissende sehr anämisch. Perforation der Placenta und kombinierte Wendung. Auf das Leben des Kindes von vornherein verzichtet. Die Wehen werden durch leisen Zug unterstützt.
15	X/405 Wöhler	40 Jahr, XIII p.	L. Menstr. ? 2. Schädellage.	Starke Anämie. Perforation der Placenta und kombinierte Wendung. Abwarten der vollständigen Erweiterung des Muttermundes und darauffolgende langsame Extraktion.
16	XVII/844 Oldag	36 Jahr. IX p.	L. Menstr. 30. I. 6. IX. Geb. 1. Schädellage.	Früher drei Aborte. Vor 10 Tagen profuse Blutung, die nach vier Tagen steht. Der Muttermund wird allmählich für drei Finger dilatiert. Dann Perforation der Placenta und kombinierte Wendung. Auf stetigen Zug steht die Blutung. Nach zwei Stunden starker Schüttelfrost, 40,2° C Die Schultern sind zu dieser Zeit geboren. Da das Kind klein ist, so wird versucht, dasselbe mit hochgeschlagenem Arm zu extrahierent. Dies ohne Erfolg, daher Armlösung. Der Kopf wird nur mit starkem Zug und stetigem Druck auf den Fundus durchgebracht.
17	XVI/750 Huve	32 Jahr, III p.	L. Menstr. 9. VI.	Seit 6 Stunden Blutung, die seit drei Stunden stärker geworden ist und mit Wehen verbunden.

Zentralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Bericht über die Kinder.
Placenta nach 20 Minuten exprimiert. Danach atonische Blutung und Collaps. Auf Antotransfusion Ergotin und Analeptika erholt sich die Patientin. Nach 4 Stunden tritt ein neuer Collaps ein ohne neue Blutung und nach einer weiteren halben Stunde der exitus letalis.	Kind leicht aspsyhtisch. Länge: 47 cm.
Placenta und Eihäute folgen sofort. Danach geringe Blutung bei zeitweiligem Erschlaffem des Uterus. Reiben des Uterus und heisse Irrigationen.	Kind tot. Herztöne waren nicht mehr hörbar. Länge: 45 cm.
Der Uterus kontrahiert sich gut. Placenta ohne chorion und decidua spontan. Keine Blutung mehr. Patientin erholt sich etwas. Nach drei Stunden plötzliches Aufgeregtsein, Erbrechen und Blutung und nach weiteren $1\,^3/_4$ Stunden exitus letalis. Sektionsbefund. Die Bauchhöhle ist frei von Blut. Placentarstelle gut thrombosiert. Links ein 7 cm langer Cervixriss. Geringe blutige Infiltration des Parametriums. Sämmtliche Organe sehr anämisch.	
Placenta folgt nach $^1/_4$ Stunde. Unmittelbar nach der Geburt lässt die Blutung nach. Nach einer Stunde Meldung wegen erneuter Blutung und nach weiteren zwei Stunden exitus letalis. Sektion: Cervix-Riss.	Kind stirbt während der Operation. Länge: 48 cm.
Da nach der Extraktion Blutung auftritt, so wird die Nachgeburt sofort manuell entfernt. Im hinteren Scheidengewölbe ist ein Riss fühlbar, der sich bis in den Cervix fortsetzt. Die hintere Muttermundslippe hängt abgerissen in die Vagina hinein. Jetzt Karbolausspülung und Naht des Risses. Trotz guter Kontraktion des Uterus fortwährende Blutung danach. Alle Mittel zur Hebung der Anämie sind erfolglos und nach $1\,^1/_2$ Stunden exitus letalis.	Kind stirbt nach der Operation. Dasselbe ist nicht ausgetragen.
Expression der Placenta. 1 cm langer Cervixriss. Uterusausspülung und secale.	Kind leicht asphyktisch.

Zitierte

Gruppennummer.	Journalnummer und Name.	Alter, Geburtsanzahl.	Letzte Regel Zeit d. Geburt Kindeslage.	Anamnese und Geburtsverlauf.
			19. III. Geb. 1. Schädellage.	(Perforation der Placenta und kombinierte Wendung bei einem dreifingerweiten Cervix. Reichliche Ablösung von Placentamassen bei einem handtellergrossen Muttermund. Nach der komb. Wendung sofortige langsame Extraktion.
18	LXXIV/478 Jander	27 Jahr, I p.	L. Menstr. 15. VI. 17. III. Geb. 2. Schädellage.	Im 8. und 9. Monat Blutung. Seit vier Wochen zeitweise Blutungen und seit einiger Zeit tamponiert. Placenta wird vom Uterus abgelöst und nach Sprengung der Eihäute die kombinierte Wendung gemacht. Darauf langsame Extraktion.
19	XIV/433 Brederich	35 Jahr, V p.	L. Menstr. Anfang Juni. 18. I. Geb. 2. Schädellage.	Alle vier Geburten bis jetzt durch Kunsthilfe beendigt. Starke Anämie. Kreissende ist zeitweise kollabiert. Enges Becken conc. diag. 9,5. die Tampons sind durchgeblutet. Kombinierte Wendung und vom Nabel an leichte Extraktion. Wehen schlecht.
20	LXXI/38 Walde	27 Jahr, II p.	L. Menstr. 15, XII. 5. VII. Geb. Schädellage.	Vor drei Wochen Blutung. Vor 12 Stunden eine solche von vier Stunden. Kreissende kommt pulslos und tamponiert in die Anstalt. Perforation der Placenta bei einem für zwei Finger durchgängigen Muttermund. Nach der kombinierten Wendung keine Blutung mehr.
21	LXIX/162 Lebarts		L. Regel 3. VI. Geb.: 18. II. 1. Schädellage.	Blutungen seit drei Wochen öfters tamponiert. Starke Anämie. Placentaperforation u. kombinierte Wendung bei vollständig verstrichenem Cervix. Nach $1\frac{1}{2}$ spontane Geburt.

Zentralfälle.

Placentarperiode mit Wochenbett.	Bericht über die Kinder.
Die Placenta folgt nach zwei Stunden auf Kunsthilfe. Es findet sich ein $2\frac{1}{2}$ cm langer Cervixriss, der einer Quetschwunde ähnlich ist.	Tief asphyktisches Kind. Es stirbt nach zwei Tagen. Länge: 54 cm.
Nach der Geburt starke Blutung. Alle Mittel vergeblich. Patientin stirbt nach $\frac{1}{2}$ Stunde an akuter Anämie. Sektion: Rechts ein 17 cm langer bis ins untere Uterinsegment hineinreichender Cervixriss.	Kind stirbt gleich nach der Geburt.
Vor Wendung Respirationsbeschleunigung. Grosse Wassereinläufe mit Wein und Kaffee. Autotransfüsion und alle übrigen Bemühungen erfolglos. Der Tod tritt $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Wendung ein. Das Kind wird nicht extrahiert, da die Leiche für ein Präparat bestimmt wird.	Kind schon vorher tot.
Nach einer Stunde wird die zum grössten Teile gelöste Placenta manuell entfernt. Der Uterus ist gut kontrahiert. Patientin ist äusserst schwach, hat Schmerzen in der Herzgegend. Radialpuls ist nicht fühlbar. Trotz Rothweineinläufen, Aetherinjectionen, Autotransfusion erholt sie sich nicht und stirbt $\frac{1}{2}$ Stuede nach der Geburt.	Kind stirbt intra partum Länge: 50 cm.

Zitierte

Gruppen-nummer.	Journal-nummer.	Alter und Geburts-anzahl. Kindeslage.	Letzte Menstruation und Zeit d. Geburt	Anamnese und Geburtsverlauf.
1	XV/738 Wilske	30 Jahr, VII p.	L. Menstr. Dezember. Geb.: 22. IX.	Vor 24 Stunden Blutungen. Vor zwei Stunden eine starke. Kreissende ist kollabiert. Kombinirte Wendung bei zwei Finger weitem Muttermunde und sofortige Extraktion, da der Muttermund sehr nachgiebig ist. Vorher Atherinjektion und Eingiessungen.
2	LXXI/24 Nitzel	39 Jahr, XI p. 1. Querlage.	L. Menstr. Oktober. Geb.: 27. VI.	Früher viel Fluor. Geringe Blutung vor 14 Tagen, seit 24 Stunden eine starke. Da bei einem für einen Finger durchgängigen Cervix starke Blutung vorhanden, so wird die Vagina tamponiert. Nach 3 ½ Stunde kombinierte Wendung mit 2 Fingern und langsame Extraktion in einer Stunde.
3	XV/137 Tolksdorf	37 Jahr, X p. 2. Schädellage.	L. Menstr. 26. VII. Geb.: 2. V.	Seit 26 Wochen unbedeutende Blutungen. Vor acht Stunden eine starke. Befinden gut. Kombinirte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Wehen sehr schlecht. Nach sieben Stunden langsame Extraktion bei verstrichenem Muttermunde.
4	LXXIII/77 Möbius	42 Jahr, X p. 1. Schädellage.	L. Menstr. Ende Juli. Geb.: 28. IV.	Vor drei Wochen erste Blutung, vor 5 Tagen zweite, vor zwei Tagen wegen einer sehr starken Sprengung der Blase und Tamponade. Bei einem Muttermund, der für zwei Finger gut durchgängig ist, kombinierte Wendung. Nach zwei Stunden spontan bis zum Kopf geboren. Dieser wird leicht mit Veit Smellie entwickelt. Nach der Wendung tympania uteri.
5	XVII/829 Borchert	42 Jahr, XII p. Schädellage.	L. Menstr. Ende Febr. Geb.: 5. IX.	Die drei letzten Geburten waren Aborte. Seit 4 Wochen Blutungen. Vor sechs Tagen Fruchtwasserabgang und vorher starke Blutung. Kreissende wird mit Tampons und Schüttelfrost übernommen (40° C.). Kombinierte Wendung bei fünfmarkstückgrossem Muttermunde und langsame Extraktion. Die schlechten Wehen werden durch heisse Irrigationen etwas verstärkt.
6	X/212 Fett	30 Jahr, II p.	L. Menstr. 3. III.	Vor sechs Tagen erste Blutung, dann erst zu Beginn der Geburt eine geringe. Bei der ersten

Lateralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Kinder.
Trotzdem der Uterus gut contrahirt ist, Blutung. Die Placenta wird manuell gelöst. Ein kleines Stück wird danach noch entfernt. Die jetzt wieder eingetretene Pulslosigkeit lässt bald nach. Die Wöchnerin hat sich am andern Tage wieder bedeutend erholt.	Kind tot.
Blutung (nach) bei hartem Uterus. Daher nach 15 Minuten manuelle Lösung der Placenta, die an der vorderen Uteruswand stark adhärent ist. Starke Nachblutung, Kompressionsverband, Ergotin 3,8 und heisse Irrigationen. Am siebenten Tage entlassen.	Lebendes Kind. Länge: 48 cm.
Da sich die Lösung der Placenta verzögert und atonische Blutung vorhanden, so manuelle Lösung. Die Blutung steht jetzt. Normal.	Kind tot. Die Herztöne verschwinden nach der komb. Wendung. Länge: 53 cm.
Starke atonische Blutung. Die Placenta wird manuell gelöst. Sie war teilweise adhärent. Patientin erhält heisse Irrigationen und vier Ergotininjektionen. Nach 17 Tagen mit übelriechendem Ausflusse entlassen.	Lebendes Kind. Länge: 50 cm.
Nach fünf Minuten vergeblicher Versuch mit Crede. Daher manuelle Lösung. Danach atonische Blutung. Diese wird mit Reiben des Uterus, heissen Irrigationen, Ergotin und 3 gr. secale bekämpft. Der Uterus wird drei Stunden noch überwacht. Normal.	Kind tot. Länge: 38 cm.
Geringe atonische Blutung vor der Placentalösung. Nach einer Stunde manuelle Lösung derselben. Die fibrösen Verwachsungen	Kind stirbt intra partum. Länge: 52 cm.

Gruppen-nummer.	Journal-nummer.	Alter und Geburts-anzahl. Kindeslage.	Letzte Menstruation und Zeit d. Geburt	Anamnese und Geburtsverlauf.
		2. Steisslage.	Geb.: 23. XI.	Geburt musste die Placenta manuell gelöst werden. Kombinierte Wendung bei drei Finger weitem Muttermunde. Nach mehreren Stunden der Steiss geboren, dann langsame Extraktion. Wehen im Beginn schwach, später kräftig.
7	XVII/904 Wiesner	43 Jahr, XIII p. 2. Schäd lage.	L. Menstr. 23. XII. Geb.: 14. IX.	Nach allen Entbindungen stärkere Nachblutungen, die öfters ärztliche Hilfe erforderten. Vor 12 Stunden Eintritt einer starken Blutung und der Wehen. Oedem der unteren Extremitäten und Ascites. — Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Danach bald zahlreiche und kräftige Wehen. Dann langsame Extraction, die durch Expression unterstützt wird. Die Geburt ist eine Stunde nach der Wendung beendigt. Der Puls war bei Uebernahme der Geburt 116. Jetzt 138.
8	X/98 Göbel	34 Jahr, VII p. 2. Gesichts-lage.	L. Menstr. — Geb.: 27. X.	Blutungen seit mehreren Tagen. Kreissende ist sehr anämisch. Kombinierte Wendung bei vollständig erweitertem Muttermunde und sofortige langsame Extraktion. Die Wehen waren bis zum Blasensprung gut, dann werden sie schlecht.
9	X/40 Montag	39 Jahr, VIII p. 2. Querlage.	L. Menstr. 10. I. Geb.: 12. X.	Blutungen seit sechs Wochen, seit einer Woche sehr starke, die Ohnmachten zur Folge hatten. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Danach gute Wehen, die dann eine Stunde aussetzen und fünf Minuten vor dem Ende der Geburt wieder einsetzen.
10	X/73 Wilms	30 Jahr. III p. 1, Schädel-lage.	L. Menstr. Ende Dez. Geb.: 19 X.	Seit 11 Stunden Blutung und Wehen. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Nach einer Stunde ist der Steiss geboren, dann langsame Extraktion. Wehen gut. Sitz der Placenta fast zentral.
11	X/560 Montag	35 Jahr, X p. 1. Schädel-lage.	L. Menstr. Mitte Mai Geb.: 21. II.	Heute erste Blutung. Sitz der Placenta fast zentral. Kombinierte Wendung bei fünfmarkstückgrossem Muttermunde und sofortige langsame Extraktion. Wehen kräftig.

Lateralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Kinder.
sind schwer zu lösen. Danach starke Blutung, die auf Reiben und Ergotin steht: Normal.	
Starke atonische Blutung nach der Geburt des Kindes. Crede misslingt, ein kleiner Teil der Placenta muss manuell gelöst werden. Da hiernach trotzdem Blutung, so heisse Uterusausspülung und Tamponade desselben und Kompressionsverband. Da der Uterus wieder trotzdem atonisch wird, so wird er jetzt mit der Hand komprimiert. Drei Aetherinjektionen und Autotransfusion ohne Erfolg. Eine Stunde nach der Geburt des Kindes tritt der Tod der Mutter ein.	Kind tot. Länge: 52 cm.
Die Placenta kommt nach $^1/_4$ Stunde spontan. Unmittelbar nach der Geburt des Kindes atonische Blutung, die auf Reiben und heisse Uterusausspülungen steht. Noch längere Zeit bestehende Anämie.	Kind tief asphyktisch bleibt am Leben. Länge: 48 cm.
Hinter dem Kinde stürzt ungefähr ein Liter Fruchtwasser. Der Uterus ist gut kontrahiert. Nach 15 Minuten sehr schwierige Expression der Placenta. Danach Blutung aus der Placentastelle, die auf heisse Irrigationen steht. Normal.	Kind stirbt gleich nach der Wendung.
Der Uterus ist gut kontrahiert. Die Placenta wird nach 20 Minuten mittels Crede exprimiert. Danach stark atonische Blutung. die auf Reiben des Uterus, Ergotin und heisse Irrigationen steht. Wöchnerin erholt sich schnell.	Kind stirbt nach der Wendung. Länge: 58 cm.
Placenta folgt nach $^1/_2$ Minute. Nach drei Minuten profuse Blutung infolge von Atonie. Dieselbe steht auf Ergotininjektion und heisse Irrigationen. Patientin erholt sich in wenigen Tagen.	Kind kommt tief asphyktisch zur Welt und stirbt sofort.

Zitierte

Gruppen-nummer.	Journal-nummer.	Alter und Geburts-anzahl. Kindeslage.	Letzte Menstruation und Zeit d. Geburt.	Anamnese und Geburtsverlauf.
12	XI/547 Schmidt	32 Jahr, III p. 1. Querlage.	L. Menstr. 1. I. Geb : 12. VIII.	Blase springt spontan vier Stunden vor der Geburt des Kindes. Kombinierte Wendung bei fünfmarkstückgrossem Muttermunde. Wehen gut. Leichte Entwickelung des Kopfes.
13	XI/143 Raselowski	35 Jahr, VI p. 2. Querlage.	L. Menstr. Anfang Sept. Geb.: 9. V.	Früher schon einmal placenta praevia. Im dritten und vierten Monat Blutungen, seit 14 Tagen starke. Die Blase sprang vor 24 Stunden. Wehen schwach. Kombinierte Wendung bei thalergrossem Muttermunde. Jetz Wehen gut. Nach einer Stunde ist das Kind spontan geboren.
14	XIV/234 Krampnau	24 Jahr, I p. 2. Schädellage	L. Menstr. Anfang April Geb.: 29. XI.	Vor acht Stunden plötzliche Blutung. Kombinierte Wendung und in einer Stunde spontane Geburt.
15	XV/434 Drone	24 Jahr. IV p. 2. Schädellage.		Seit drei Tagen, je einmal täglich eine starke Blutung. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Wehenlosigkeit. Sofortige langsame Extraktion innerhalb einer Stunde.
16	XV/576 Wendorf	39 Jahr, VII p. 2. Schädellage.	L. Menstr. Anfang Nov. Geb.: 18. VIII.	Seit 23 Wochen Blutungen. Oefters tamponiert. Kombinierte Wendung bei handtellergrossem Muttermunde. Da der Puls schlecht ist, werden Aetherinjektionen appliciert. Nach einer Stunde bei vollständig erweitertem Muttermunde langsame Extraktion.
17	XVII/637 Wagner	25 Jahr, II p. 2. Schädellage.	L. Menstr. Ende Okt. Geb.: 6. VI.	Blutungen während der ganzen Schwangerschaft, besonders seit 14 Tagen. Kombinierte Wendung mit 2 Fingern. Hierbei Nabelschnurvorfall. Hierauf sofortige langsame Extraktion in 20 Minuten. Der Saum des Muttermundes wird vorsichtig über den Kopf geschoben. Dabei kleiner Muttermundsriss. Wehen schwach.

Lateralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Kinder.
Die Placenta wird nach 10 Minuten exprimiert, danach Blutung, die auf secale steht.	Kind tot.
Die Nachgeburt folgt sofort auf Druck. Danach Blutung. Diese steht nicht auf die üblichen Mittel, wohl aber nach manueller Entfernung von zurückgebliebenen Eihäuten. Normal.	Kind tot. Länge: 37 cm.
Placenta nach $^1/_4$ Stunde exprimiert. Danach leichte Atonie, die durch Reiben und secale beseitigt wird. Normal.	Kind tot.
Placenta folgt nach $^1/_4$ Stunde. Danach mässige Atonie, die durch heisse Irrigation und secale bekämpft wird. Normal.	Lebendes Kind. Länge: 48 cm.
Placenta folgt nach $^1/_4$ Stunde auf leichten Druck. Danach geringe Blutung, die auf heisse Irrigationen, secale und Ergotin steht. Patientin erholt sich langsam.	Kind stirbt nach der Wendung. Länge: 54 cm.
Die Placenta löst sich bald und wird nach $^1/_4$ Stunde exprimiert. Der Uterus kontrahiert sich, erschlafft dann wieder. Es sammelt sich in kurzer Zeit wieder viel Blut in ihm. Dies wird exprimiert und jetzt bleibt er gut kontrahiert. Trotzdem fliesst fortwährend Blut ab. Ein Cervixriss ist nicht zu finden. Schliesslich ergiebt sich, dass die Blutung durch Atonie der Placentarstelle bedingt ist. Alle üblichen Mittel sind erfolglos und nach schliesslicher Uterustamponade tritt der Tod ein.	Kind kommt tief asphyktisch zur Welt, stirbt aber sofort.

Gruppennummer.	Journalnummer.	Alter und Geburtsanzahl. Kindeslage.	Letzte Menstruation und Zeit d. Geburt	Anamnese und Geburtsverlauf.
18	XVII/235 Lorenz	37 Jahr, VII p. 1. Schädellage.	L. Menstr. Dezember. Geb.: ?	Die Blase springt spontan, die dabei vorgefallene Nabelschnur wird reponirt und die Geburt verläuft jetzt spontan. — Wehen mässig.
19	LXX/100 Dähn	26 Jahr, IV p. Querlage.	L. Menstr. 2. IX. Geb.: 23. V.	Vor 36 Stunden erste Blutung. Kombinierte Wendung bei 2 Finger weitem Cervix. Die Blutung steht erst auf dauernden Zug am Fuss. Bis zum Hervortreten des Steisses wird gewartet, und dann die Extraktion wegen plötzlichen Aufhörens des Nabelschnurpulses angeschlossen.
20	LXXIII/2 Seidel	35 Jahr, VII p. 1. Schädellage.	L. Menstr. Juni. Geb.: 1. IV.	Vor 2 Tagen erste Blutung. Geringe Blutung. Künstlicher Blasensprung. Da die Wehen schwach sind, werden heisse Irrigationen gemacht. Nach 12 Stunden erfolgt die Geburt eines lebenden Kindes.
21	X/593 Bruweleib	39 Jahr, II p. 1. Schädellage.	L. Menstr. 15. V. Geb.: 3. III.	Blutungen seit vier Wochen, besonders stark seit 24 Stunden. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Nach 4 1/4 Stunden Extraktion. Die Wehen müssen durch heisse Irrigationen angeregt werden.
22	XVII/141 Piesch	29 Jahr, III p. 1. Schädellage.	L. Menstr. August. Geb.: 9. V.	Vor sechs Wochen leichte Blutung. Vor 24 Stunden Wehen mit starker Blutung. Starke Anämie, kombinierte Wendung und danach fortwährender leiser Zug am Fusse. Nach 1 1/4 Stunde Geburt. Die Wehen waren schwach
23	LXVI/351 Kuhnt	35 Jahr, XIV p. Schädellage.	L. Menstr. 7. IX. Geb.: 22. V.	Geringe Blutung vor der Geburt. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Nach 1/2 Stunde spontane Geburt. Wehen gut.
24	XI/48 Herott	35 Jahr, IX p. 1. Steisslage.	L. Menstr. 30. IX. Geb.: 17. IV.	Zwei Aborte im letzten Jahre. Blutung seit 24 Stunden. Seit 1 1/2 Stunden sehr starke. Bei Ankunft des Arztes ist der Steiss voll-

Lateralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Kinder.
Die placenta wird ½ Stunde exprimiert. Danach starke Nachblutung. Da Secale und heisse Irrigationen erfolglos sind, so wird mit der Hand eingegangen und die Placentarstelle so bimanuell komprimiert. Der Uterus wird dann noch zwei Stunden überwacht.	Kind lebt.
Die Placenta folgt bald nach der Geburt auf leichten Druck auf den Fundus. Danach erschlafft der Uterus, und es tritt Blutung ein, die auf Ergotin und Secale steht. Normal.	Kind lebt. Länge: 49 cm
Nach 45 Minuten folgt die Nachgeburt auf längeren Druck. Dann starke Nachblutung. Sie steht auf Reiben des Uterus, Ergotin und Secale. Normal.	Kind lebt. Länge: 54 cm.
Blutnng vor und nach der Placentaexpression.	Kind tief asphyktisch stirbt nach ¼ Stunde.
Spontane Placentalösung. Danach Blutung, die auf Reiben des Fundus und Secale steht. Normal.	Kind lebt. Länge: 52 cm
Placenta folgt spontan. Gleich darauf starke atonische Blutung, die auf heisse Irrigationen und Ergotin steht.	Das Kind stirbt intra partum

Gruppen-nummer.	Journal-nummer.	Alter und Geburts-anzahl. Kindeslage.	Letzte Menstruation und Zeit d. Geburt	Anamnese und Geburtsverlauf.
				kommen ins Becken eingetreten und der Muttermund vollständig erweitert. Blutung nur noch sehr gering, und unter starken Wehen wird nach 10 Minuten ein asphyktisches Kind geboren.
24	XI/66 Bey	33 Jahr, VII p. 1. Schädellage.	L. Menstr. Geb.: 21. IV.	Starke Anämie. Kombinierte Wendung. Wehen vorher schwach, danach gut. Nach einer Stunde Extraktion. Dabei entsteht ein Cervixriss von ungefähr 8—10 cm. Länge.
25	XVII/835 Lehmann	42 Jahr, XII p. 2. Schädellage.	L. Menstr. 23. XI. Geb.: 4. IX.	Die drei letzten Geburten waren Aborte. Seit einer Woche geringe Blutung. 13 Stunden vor Beendigung der Geburt Blasensprung und starke Blutung. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Nach 40 Minuten Extraktion mit gleichzeitiger Expression.
26	LXXIII/148 Zach	25 Jahr, I p. 1 unvollkommene Fusslage.	L. Menstr. Ende Sept. Geb.: 25. V.	Starker Ausfluss in der Schwangerschaft. 13 Stunden vor Beendigung der Geburt Beginn der Wehen und Blutungen. Drei Stunden vor Beendigung der Geburt starke Blutung. Daher bei zwei Finger weitem Muttermunde kombinierte Wendung in Narkose und Extraktion bei vollständig erweitertem Muttermunde.
27	XV/104 Wenzien	40 Jahr, X p. Querlage.	L. Menstr. 9. VIII. Geb.: 25. IV.	Vor vier und zwei Wochen die ersten Blutungen. Grosse Schwäche der Kreissenden bei Uebernahme. Kombinierte Wendung bei fünfmarkstückgrossem Muttermunde. Wehen schwach Nach $5^3/_4$ Stunden bei vollständig erweitertem Muttermunde Extraktion.
28	XI/266 Langhein	43 Jahr, X p. 1. Schädellage.	L. Menstr. September. Geb.: 12. VI.	Zwei Tage vorher erste Blutung. 12 Stunden vorher spontaner Blasensprung. Nach Entfernung des Tampons kombinierte Wendung. In vier Stunden dann bis zu den Schultern spontan geboren, wird das Kind mit Schwierigkeit extrahiert.

Lateralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Kinder.
Placenta und Eihäute intakt. Der Cervixriss wird genäht. Am dritten Tage treten peritonitische Erscheinungen auf. Am sechsten Tage pleuritische in der rechten Thoraxhälfte und pneumonische in der linken. Am 9. Juni ist Patientin geheilt. Der Uterus ist nach rechts fixiert. Am 12. VI. wird Patientin entlassen.	Kind lebt Länge: 48 cm.
Nach der Extraktion heftige Blutung aus einem Cervixriss. Dieser wird mit voller Faust kombiniert, komprimiert; und zwar 10 Minuten lang. Der Uterus ist nach 2 gr. Secale gut kontrahiert, nnd die Blutung ist vollkommen gestillt.	Kind tief asphyktisch stirbt nach 1 1/2 Stunden.
Die Placenta wird sofort exprimiert. Tiefer linksseitiger Cervixriss. Am neunten Tage entlassen.	Kind stirbt nach der Wendung intra partum. Länge: 50 cm.
Der Uterus ist gut kontrahiert, die Placenta folgt auf Druck. Leichte Nachblutung aus einem kleinen Cervixriss.	Das Kind stirbt kurz vor der Wendung
Nach der Geburt starke Blutung, die auch nicht nach der 1/4 Stunde nach Geburt des Kindes erfolgten Placentaexpression steht. Es ergiebt sich ein Cervixriss. Nach der Naht desselben steht die Blutung. Normal.	Das Kind stirbt nach der Wendung intra partum. Länge: 56 cm.

Gruppennummer.	Journalnummer.	Alter und Geburtsanzahl. Kindeslage.	Letzte Menstruation und Zeit d. Geburt	Anamnese und Geburtsverlauf.
29	LXIX/227 Kienscherger	43 Jahr, VII p. 2. Steisslage.	L Menstr. 1. VII. Geb.: 3. III.	Blutung seit 12 Stunden. Tamponiert. Bei zwei Finger weitem Cervix Fuss runter geholt. Nach einer Stunde spontan bis zu den Schultern. Leichte Entwickelung derselben und des Kopfes.
30	LXXII/66 Wagner	28 Jahr, VI p. 2. Schädellage.	L. Menstr. Februar. Geb.: 1. XI.	Tampon wenig durchblutet. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix und weiterer spontaner Verlauf ausser der künstlichen Entwickelung des Kopfes und der Schultern.
31	LXXII/55 Suchsdorf	— Jahr, II p. 2. Querlage.	L. Menstr. 30. I. Geb.: 28. X	Im dritten und sechsten Monat je zwei Blutungen. seit 24 Stunden eine neue. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix und ausser der künstlichen Entwickelung, spontaner Verlauf in 3 $^1/_2$ Stunden.
32	LXXII/13 Eggert	21 Jahr, II p. 1. Schädellage.	L. Menstr. Ende Januar. Geb.: 6. X.	Vor acht Tagen die erste Blutung, vor 24 Tagen eine starke. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Nach sechs Stunden Geburt eines toten Kindes.
33	XI/489 Büllerbach	28 Jahr, I p. 2. Schädellage.	L. Menstr. 23. XI. Geb.: 1. VIII.	Vor vier Wochen erste Blutung. Seit vier Tagen öftere und stärkere. Von einer Hebeamme und von einem Arzte öfters tamponiert. Ausfluss übelriechend. Kombinierte Wendung bei zwei Finger weitem Cervix. Wehen gut. Geburt verläuft weiter spontan.
34	XII 617 Wolff	35 Jahr, V p. 1 Schädellage. Zwillinge.	L. Menstr. Anfang Juni. Geb.: 17. III.	Vor sechs Wochen starke Blutung. Seit der Zeit öfters solche. Vor 12 Stunden Blutverlust von einem Liter. Geschwollene Unterschenkel. Puls voll und kräftig, kein Eiweiss im Urin. Kombinierte Wendung bei fünfmarkstückgrossem Muttermunde in Narkose. Nach $^1/_4$ Stunde ist der Steiss geboren. Die Schultern und der Kopf leicht entwickelt. Hinter dem Kopf viel Blut und Fruchtwasser. $^1/_2$ Stunde später das zweite Kind.

Lateralfälle.

Placentarperiode und Wochenbett.	Kinder.
Placenta nach fünf Minuten exprimiert. Cervixriss bis ins Scheidengewölbe links. Nach 10 Tagen mit links fixiertem Uterus entlassen.	Lebendes Kind. Länge: 50 cm.
Geringe Blutung. Die Placenta folgt spontan Rechtsseitiger grosser Cervixriss. Nach neun Tagen mit retrovertiertem Uterus entlassen.	Lebendes Kind Länge: 46 cm.
Placenta nach 10 Minuten exprimiert. Cervixriss. Der Uterus ist gut kontrahiert. Normal.	Kind stirbt nach der Wendung.
Placenta nach 10 Minuten exprimiert. Linksseitiger Cervixriss. Am neunten Tage entlassen.	Kind stirbt nach der Wendung. Länge: 49 cm.
Nach der Geburt Atonie, die durch heisse Irrigationen beseitigt wird. Vier Stunden nach der Geburt 40° C. und 150 Pulse. Patientin wird am nächsten Tage auf die septische Station gebracht, wo sie am vierten Tage an septischer Peritonitis stirbt	Kind tot.
Auf die Geburt des ersten Kindes folgt dessen Nachgeburt Die Wöchnerin stirbt 2 ½ Stunden nach der Geburt des zweiten Kindes unter den Symptomen der Hirnanämie. Die Sektion ergiebt starke Anämie sämmtlicher Organe.	Zwei lebende Kinder. Länge: 50 cm., 48 cm

Zitierte

Gruppennummer.	Journal-Nummer.	Alter und Geburtsanzahl.	Zeit der letzten Regel u. Geburt.	Anamnese und Geburtsverlauf.
1	XI/147 Feige	36 Jahr, V p. 1. Schräglage	L. Menstr. 10. Novemb. Geb.: 10. V.	Im zweiten und dritten Monate geringe Blutungen Seit acht Tagen täglich. Künstlicher Blasensprung bei vollständig erweitertem Muttermunde und kombinierte Wendung. Darauf weiterer spontaner Verlauf.
2	XIII/332 Sommer	37 Jahr, VIII p. Steisslage.	L. Menstr. Ende Nov. Geb : 8. VIII.	Vor zwei Monaten geringe Blutung. Herunterholen des Fusses und Extraktion nach Geburt des Steisses Wehen schwach
3	XVII/828 Beuse	25 Jahr, X p. 1. Schädellage.	— Geb : 4 IX.	Vorher sechs Aborte. Geringe Blutungen in der ganzen Schwangerschaft. Vor drei Stunden starke Blutung und Blasensprung. Kombinierte Wendung bei fünfmarkstückgrossem Muttermunde. Wehen schwach. Nach $^3/_4$ Stunde bis zu deu Schultern und dann künstliche Entwicklung.
4	XIV/84 Völler	32 Jahr, VII p. 1. Schädellage.	L Menstr. Januar. Geb . 22. X.	Vorzeitige Placentalösung bei Nephritis Bei einem thalergrossen Muttermunde wird die Blase gesprengt. Danach auf heisse Umschläge starke Wehen und nach $^1/_3$ Stunde spontane Geburt.
5	XVI/215 Krümmer.	24 Jahr, III p. 1. Schräglage	L. Menstr. September. Geb : 25. V.	Kombinierte Wendung bei fünfmarkstückgrossem Muttermunde und da jetzt die Herztöne aufhören accouchement forcé.
6	LXVII/10 Richter	29 Jahr, III p. 1. Schädellage.	L. Menstr. 10. Nov. Geb. 14. VI	Die letzten sehs Stunden starke Blutung. Kombinierte Wendung mit 1 Finger in Narkose. Nach $2^1/_3$ Stunde ist der Muttermund verstrichen und das Kind bis auf den Hopf geboren. Bei dessen Entwicklung entsteht ein tiefer Cervixriss, der bis ins Parametrium hineingeht

Marginalfälle.

Placentaperiode und Wochenbett.	Kinder.
Da Blutung, so wird die Expression der Placenta versucht. Diese ohne Erfolg Daher manuelle Lösung. Danach Atomie, die durch Ergotin und heisse Irrigationen beseitigt wird. Normal.	Kind tot. Länge: 37 cm.
Uterus gut kontrahiert. Nach $^1/_4$ Stunde folgen zuerst die Eihäute mit Blutkoagulis und dann die Placenta. Danach ist der Uterus zuerst gut kontrahiert dann anhaltende Blutung. Da heisse Irrigationen und Secale wirkungslos, so Tamponade des Uterus und zweistundenlange Uebermachung. Normal.	Kind stirbt nach der Wendung. Länge: 40 cm.
Nach 10 Minuten Expression der Placenta. Danach geringe Blutung. Normal.	Kind stirbt nach der Wendung. Länge: 44 cm.
Placenta folgt spontan. Danach sammeln sich im Uterus grosse Mengen Blutkoagula an. Der Uterus kontrahiert sich erst auf heisse Irrigationen. Secale und Ergotin. Die Nephritis besteht weiter bis zur Entlassung.	Kind stirbt intra partum.
Kleiner Cervixriss, der nur gering blutet.	Kind lebt. Länge: 46 cm
Placenta folgt nach $^1/_4$ Stunde auf Expression. Am neunten Tage entlassen.	Kind stirbt schon vor der Wendung.